SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Meninggal

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien / Almarhum /-ah

Nama Pasien / Almarhum /-ah : _____ No. Pasien / Rekam Medis : _____

Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ / atau _____tahun, Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Alamat Pasien : _____

Penyebab Meninggal	
Keadaan yang menyebabkan meninggal	☐ Penyakit ☐ Kecelakaan ☐ Lainnya : _____
Tempat meninggal	_____
Tanggal & jam meninggal	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun), Jam : _____
Jika Meninggal karena Penyakit	
Sebab utama meninggal	_____
Diagnosa penyakit	_____
Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun)
Jika Meninggal karena Kecelakaan	
Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat ?	_____
Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol / narkotika / obat-obatan / lainnya ?	_____
Jika Meninggal karena Penyebab Lain	
Mohon jelaskan	_____
Apakah Sejawat hadir pada waktu meninggalnya ?	☐ YA ☐ TIDAK
Jika YA, Keluhan & gejala gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal ?	_____
Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal	_____
Jika TIDAK, Kapan Sejawat terakhir merawat Pasien ini sebelum la meninggal ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun)
Riwayat Penyakit	
Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun)
Keluhan & gejala penyakit / gangguan kesehatan-nya	_____
Diagnosa Sejawat atas penyakit / gangguan kesehatan-nya	_____
Apakah Pasien ini menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, lainnya ?	☐ YA ☐ TIDAK Diagnosa:_____ Diderita sejak : _____
Apakah penyebab kematian Pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit di atas ?	☐ YA ☐ TIDAK Jika YA, Alasan : _____
Mohon sebutkan nama, alamat dokter/ rumah sakit yang Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini	_____

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____ Spesialisasi : _____

Alamat Dokter / RS : _____ No. Telepon / HP : _____

Tempat & Tanggal	Tandatangan Dokter	Cap Rumah Sakit
_____	_____	_____

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre
AXA Tower lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
e-mail: nasabah@axa-financial.co.id

Head Office
AXA Tower lt. 17
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8000 | WhatsApp: 0858 3005 6800 | Website: www.axadirect.co.id

AXA CUSTOMER CARE CENTRE 1500 940

www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia